



# ارزیابی خدمات درمانی بیمه تکمیلی بازنشستگان صندوق کشوری

گروه مطالعات اجتماعی و بازنشستگی

۱۳۲

مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا

۱۴۰۴

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





# ارزیابی خدمات درمانی بیمه تکمیلی بازنشستگان صندوق کشوری

تهیه و تدوین

زهرا معماریان پور، مرضیه قائدی

مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا

شهریور ۱۴۰۴

## ارزیابی خدمات درمانی بیمه تکمیلی بازنشستگان صندوق کشوری

تهیه و تدوین: زهرا معماریان پور، مرضیه قائدی

مدیر پژوهش: حسین رجب پور

ناظر پژوهش: فرشاد کرمی

گرافیک و صفحه آرایی: امید طاهری

چاپ و صحافی: هفت مهر

تیراژ: ۱۰۰۰

نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۴

نشانی مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا: تهران، خیابان سید جمال الدین

اسدآبادی (یوسف آباد)، روبروی خیابان پنجاه و هشتم، پلاک ۴۴۳

تلفن نشر: ۰۲۱-۸۸۰۶۵۰۱۴

وبسایت: [www.saba-psi.ir](http://www.saba-psi.ir)



## فهرست

خلاصه مدیریتی .....	۷
مقدمه .....	۱۰
تاریخچه و چارچوب قانونی بیمه تکمیلی صندوق بازنشستگی کشوری	۱۶
ساختار بیمه درمان در صندوق بازنشستگی کشوری .....	۲۱
۱- بیمه پایه .....	۲۳
۲- بیمه تکمیلی .....	۲۸
۱-۲- بیمه ملت .....	۲۸
۲-۲- بیمه دانا .....	۳۳
۳- بیمه اکمل .....	۳۶
طراحی جدول خدمات درمانی بیمه تکمیلی بازنشستگان کشوری .....	۴۴
جمع‌بندی .....	۴۹
منابع .....	۵۱

## فهرست جداول

- جدول ۱: تاریخچه تغییرات بیمه تکمیلی صندوق بازنشستگی کشوری ..... ۲۰
- جدول ۲: خدمات تحت پوشش و خارج از پوشش بیمه پایه سلامت ..... ۲۵
- جدول ۳: خدمات پوششی بیمه تکمیلی بیمه ملت در سال ۱۴۰۳ ..... ۳۰
- جدول ۴: خدمات بیمه تکمیلی ملت به بازنشستگان صندوق کشوری ..... ۳۲
- جدول ۵: مقایسه خدمات بیمه دانا (۱۴۰۴) با بیمه ملت (۱۴۰۳) ..... ۳۴
- جدول ۶: جدول تعهدات بیمه اکمل آتیه‌سازان برای کانون بازنشستگان آموزش و پرورش استان اصفهان (۱۴۰۵/۰۷/۰۱ تا ۱۴۰۶/۰۶/۳۱) ..... ۳۸
- جدول ۷: جدول تعهدات بیمه تکمیلی ۱۴۰۴ - شماره یک (اسفند ۱۴۰۳) .. ۴۱
- جدول ۸: جدول تعهدات بیمه تکمیلی ۱۴۰۴ - شماره دو (اسفند ۱۴۰۳) ... ۴۲
- جدول ۹: تعهدات پیشنهادی برای سال ۱۴۰۴ ..... ۴۵

## خلاصه مدیریتی

این گزارش به بررسی وضعیت کنونی بیمه تکمیلی بازنشستگان صندوق کشوری می‌پردازد و با تمرکز بر تجربه قراردادهای اخیر بیمه تکمیلی، در سال ۱۴۰۳ با بیمه ملت و سال ۱۴۰۴ با بیمه دانا، نقاط ضعف و قوت نظام بیمه درمان بازنشستگان را تحلیل می‌کند. یافته‌های اصلی گزارش در چند محور کلیدی قابل جمع‌بندی است:

### ۱. کاستی‌های بیمه پایه سلامت:

بیمه پایه سلامت که باید ستون اصلی حمایت درمانی باشد، در سال‌های اخیر با کاهش تدریجی دامنه تعهدات روبه‌رو شده است. محدودیت پرداخت هزینه خدمات تشخیصی درمانی در مراکز غیر طرف قرارداد با بیمه پایه و پرداخت تعرفه‌های دولتی بابت خدمات بستری، باعث گردیده جبران بار مالی ناشی از آن جهت جبران هزینه‌های هزینه‌های درمان به بیمه تکمیلی و حتی بیمه اکمل منتقل شود و در نتیجه ساختار بیمه‌ای را از تعادل خارج ساخته و به تحمیل بار مالی مضاعف بر صندوق بازنشستگی انجامیده است.

### ۲. بار مالی و ناترازی صندوق بازنشستگی:

صندوق بازنشستگی کشوری به‌عنوان نهادی که اساساً نقش بیمه‌گر درمانی در ساختارش تعریف نشده، ناگزیر به ایفای این نقش شده است. در قراردادهای اخیر حدود ۶۷ تا ۷۰ درصد حق بیمه تکمیلی از محل منابع صندوق پرداخت می‌شود، در حالی که تنها ۳۰ تا ۳۳ درصد بر عهده

بازنشستگان است. این الگو، همراه با افزایش مداوم سرانه‌ها و هزینه‌های دارویی و درمانی، ناترازی مالی صندوق را تشدید کرده و وابستگی آن به حمایت‌های دولتی را افزایش داده است و پیش‌بینی می‌شود با افزایش تعرفه‌های درمانی هر ساله، بار مالی این خدمت به صورت تصاعدی بالا رود. پیشنهاد می‌شود با توجه به دهک‌بندی مستمری‌بگیران، سهم بیمه تکمیلی پلکانی اعمال شود.

### ۳. نارضایتی گسترده بازنشستگان:

با وجود پرداخت منظم حق بیمه، بازنشستگان از کیفیت و سطح خدمات بیمه تکمیلی رضایت ندارند. مهم‌ترین دلایل این نارضایتی عبارت‌اند از: تأخیرهای طولانی در پرداخت، ناکافی بودن سقف تعهدات برای خدمات پرکاربرد و سهم بالای فرانشیز (۲۰ تا ۳۰ درصد). این شرایط موجب شده است که بیمه تکمیلی، به جای کاهش دغدغه‌های مالی، خود به منبع نارضایتی بدل شود.

### ۴. نقش کانون‌های بازنشستگی و بیمه اکمل:

ضعف خدمات موجود باعث شد برخی کانون‌های بازنشستگی به سمت عقد قراردادهای جداگانه با بیمه‌های تجاری (تحت عنوان بیمه اکمل) حرکت کنند. این بیمه‌ها خدماتی مانند دندان‌پزشکی و تجهیزات توانبخشی را پوشش می‌دهند، اما خود با مشکلاتی همچون فرانشیز بالا و پراکندگی در سطح کشور همراه‌اند. گرچه این ابتکارات بخشی از نیازها را پاسخ داده، اما هم‌زمان نشان‌دهنده ضعف ساختاری بیمه پایه و تکمیلی و فقدان هماهنگی یکپارچه است.

## ۵. ضرورت اصلاح ساختاری و بازگشت به قانون:

برونرفت از وضعیت کنونی مستلزم اصلاحات بنیادین است. اجرای ماده ۸۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و تدوین آیین‌نامه اجرایی آن می‌تواند نقطه عطفی در بازتعریف نقش دولت و دستگاه‌های اجرایی در تأمین بیمه تکمیلی بازنشستگان باشد. باید توجه داشت که ابهام قانونی مابین ماده ۸۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۸ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، صندوق بازنشستگی را در بن‌بستی قرار داده است که لازم است در اسرع وقت در هیئت دولت بررسی و راهکار برونرفت از وضعیت موجود پیشنهاد داده شود.

در بخش پایانی گزارش، یک مدل پیشنهادی ارائه شده است که بر افزایش سرانه بیمه تکمیلی، ثبات سهم صندوق و افزایش سهم بازنشسته از طریق کسر از حقوق ماهانه استوار است. در این مدل، صندوق نقش «تسهیل‌گر» را ایفا کرده و با طراحی سبد خدمات متنوع تلاش می‌شود پوشش‌های درمانی متناسب با نیازها و توان پرداخت بازنشستگان فراهم گردد. این رویکرد ضمن کاهش ناترازی مالی، امکان دسترسی عادلانه‌تر به خدمات درمانی را فراهم می‌کند. لازم به ذکر است این گزارش شماره نخست از سلسله گزارش‌های ارزیابی خدمات بیمه تکمیلی صندوق بازنشستگی کشوری محسوب می‌شود.

در گزارش‌های آتی به مدل‌های جایگزین طراحی خدمات بیمه درمان برای بازنشستگان بر اساس ساختار جاری دستگاه‌ها برای کارمندان خود، مدل‌های بیمه درمان پلکانی براساس میزان مستمری دریافتی و آیین‌نامه اجرایی بیمه تکمیلی درمانی پرداخته خواهد شد.

## مقدمه

بیمه‌های درمانی یکی از ارکان کلیدی نظام‌های رفاهی و تأمین اجتماعی به شمار می‌آیند و فلسفه وجودی آن‌ها بر پایه کاهش دغدغه‌های مالی خانوار در زمان بروز بیماری و فراهم کردن دسترسی برابر به خدمات سلامت بنا شده است. در واقع، بیمه درمانی با توزیع ریسک و هزینه‌های سلامت در سطح جامعه، امکان می‌دهد که هزینه‌های درمانی از دوش یک فرد یا خانواده برداشته شده و به صورت جمعی مدیریت گردد. چنین سازوکاری علاوه بر جلوگیری از فقر ناشی از بیماری، تضمین‌کننده عدالت اجتماعی در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی است.

در ایران، ساختار اصلی بیمه درمانی بر پایه «بیمه‌های پایه سلامت» شکل گرفته است. این بیمه‌ها وظیفه دارند خدمات اولیه و بخش قابل توجهی از خدمات تخصصی را برای جمعیت تحت پوشش فراهم آورند. با این حال، تجربه دو دهه اخیر نشان داده که بسته خدماتی بیمه پایه همواره در معرض محدودیت و کاهش قرار داشته است. بسیاری از خدمات پرهزینه، داروهای نوین و تجهیزات پزشکی خاص یا به طور کامل از شمول بیمه پایه خارج شده‌اند یا تنها بخشی از هزینه آن‌ها توسط بیمه‌های پایه جبران می‌شود. این وضعیت، فشار مضاعفی بر بیمه‌های تکمیلی وارد کرده است تا بتوانند خلأ ناشی از ناکافی بودن پوشش بیمه پایه را جبران نمایند.

بازنشستگان کشوری، به دلیل ویژگی‌های خاص سنی و جسمانی، یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در برابر مشکلات سلامت محسوب می‌شوند. الگوی بیماری در این قشر بیش از همه با بیماری‌های مزمن و غیرواگیر همچون دیابت، فشار خون، بیماری‌های قلبی و عروقی و سرطان‌ها شناخته می‌شود. درمان و مدیریت چنین بیماری‌هایی نیازمند مراجعات مکرر به پزشک، انجام آزمایش‌های دوره‌ای، دریافت داروهای مستمر و در بسیاری موارد بستری در مراکز درمانی است. به همین دلیل، هزینه‌های درمانی خانوارهای بازنشسته به‌طور معناداری بالاتر از سایر گروه‌های جامعه است؛ پژوهش‌های داخلی نیز نشان داده‌اند که هزینه‌های سلامت خانوارهایی که سالمند در ترکیب جمعیتی خود دارند، بیش از دو برابر سایر خانوارهاست<sup>۱</sup>. از سوی دیگر، روند جمعیتی کشور نیز ضرورت توجه به موضوع بیمه درمان بازنشستگان را دوچندان می‌سازد. ایران طی سال‌های اخیر با شتابی بی‌سابقه در حال ورود به مرحله سالمندی است. جمعیت بالای ۶۰ سال کشور که در سال ۱۴۰۰ حدود ۱۰ درصد کل جمعیت را شامل می‌شد، طبق برآوردها تا سال ۱۴۲۰ به بیش از ۲۰ درصد خواهد رسید<sup>۲</sup>. این بدان معناست که طی دو دهه آینده، از هر پنج ایرانی یک نفر سالمند خواهد بود. پیامد طبیعی این تغییر ساختار جمعیتی، افزایش چشمگیر بار هزینه‌های درمانی است. سالمندان نه تنها دفعات بیشتری به خدمات پزشکی نیاز پیدا می‌کنند،

<sup>۱</sup> غلامی، سمیرا. (۱۳۹۶) بررسی هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارهای دارای عضو سالمند، موسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.

<sup>۲</sup> کرمی، فرشاد (۱۴۰۳): چالش‌های بیمه درمانی در صندوق بازنشستگی کشوری، مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.

بلکه نوع بیماری‌های آنان نیز پرهزینه‌تر و پیچیده‌تر است. بنابراین، فشار مالی ناشی از درمان سالمندان بر دوش صندوق‌های بازنشستگی و سازمان‌های بیمه‌گر روزه‌روز سنگین‌تر خواهد شد.

در این میان، صندوق بازنشستگی کشوری به‌عنوان قدیمی‌ترین و دومین صندوق بازنشستگی بزرگ کشور، به یکی از مهمترین نهادهای متولی رفاه بازنشستگان و عهده‌دار ارائه خدمات حمایتی به بیش از یک میلیون و هفتصد هزار بازنشسته و مستمری‌بگیر بدل شده و مسئولیت خطیری را بر عهده دارد. با این حال بررسی روند چند دهه اخیر نشان می‌دهد که این صندوق در حوزه بیمه درمان تکمیلی با مشکلات و چالش‌های جدی روبه‌رو بوده است. مهم‌ترین این چالش‌ها عبارت‌اند از: ناترازی مالی و فشار روزافزون هزینه‌ها، بار سنگین ناشی از تعهدات بیمه تکمیلی، ضعف در هماهنگی میان بیمه پایه و تکمیلی، و نارضایتی بازنشستگان از کیفیت خدمات<sup>۳</sup>.

این نارضایتی‌ها علل گوناگونی دارد. نخست آن‌که پرداخت خسارت‌های درمانی توسط برخی شرکت‌های بیمه‌گر با تأخیرهای طولانی همراه بوده است و همین امر اعتماد ذی‌نفعان را خدشه‌دار کرده است. دوم، دامنه خدمات تحت پوشش بیمه تکمیلی به‌رغم نیازهای واقعی بازنشستگان، محدود ارزیابی می‌شود. برای مثال، پوشش برخی از خدمات دندان‌پزشکی اندک بوده و بسیاری از خدمات توانبخشی در بسته بیمه تکمیلی لحاظ نشده‌اند یا سقف تعهدات برای دارو و خدمات پاراکلینیک متناسب با افزایش نرخ تورم سلامت نیست. سومین دلیل نارضایتی، سهم بالای فرانشیز (پرداخت مستقیم از سوی بیمه‌شده) است که در بسیاری از موارد، به‌ویژه در

---

<sup>۳</sup> رجوع کنید به خبر فروردین ۱۴۰۴ در تارنمای صندوق بازنشستگی.

خدمات تخصصی و بستری، نارضایتی جدی بازنشستگان را به همراه داشته است. برای بازنشستگانی که از درآمدهای ثابت و محدود برخوردارند، حتی پرداخت ۲۰ یا ۳۰ درصد هزینه‌های درمان می‌تواند بار مالی غیرقابل‌تحملی ایجاد کند.

واقعیت آن است که بخش مهمی از مشکلات کنونی، ریشه در تعارض‌ها و تفاسیر برخی مواد قانونی و ضعف سیاست‌گذاری دارد. از یک‌سو، در ماده (۸۵) قانون مدیریت خدمات کشوری (مصوب ۱۳۸۶) تکلیف بیمه تکمیلی بازنشستگان دستگاه‌های اجرایی به خود آنها محول شده و تأکید شده است که:

«ماده (۸۵) دستگاه‌های اجرایی مکلفند در چهارچوب بودجه‌های مصوب و آئین‌نامه‌ای که به تصویب هیأت وزیران می‌رسد، کارمندان و بازنشستگان و افراد تحت تکفل آنان را علاوه بر استفاده از بیمه پایه درمان، با مشارکت آنان به صورت هماهنگ و یکنواخت برای کلیه کارمندان دولت تحت پوشش بیمه‌های تکمیلی قرار دهند»

و بر همین اساس بار این مسئولیت از صندوق بازنشستگی کشوری برداشته شده است، اما از سوی دیگر در ماده (۸) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور (مصوب ۱۳۹۵) تصریح شده است که:

«عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه پایه سلامت اعلام می‌شود توسط شرکت‌های بیمه تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت

هر عنوان ممنوع است. پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی به جز در مواردی که در قوانین خاص معین شده است، برعهده افراد بیمه شده است. منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست.

تبصره ۱- کلیه دستگاه‌های اجرائی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری موظف به اجرای موضوع این حکم و رعایت تعرفه‌های مصوب هستند.

تبصره ۲- وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارایی (بیمه مرکزی ایران) و تعاون، کار و رفاه اجتماعی حسب مورد مسؤول حسن اجرای این ماده می‌باشند.

و بر اساس همین ماده برخی استدلال می‌کنند که پرداخت سرانه بیمه تکمیلی بر عهده افراد بیمه شده است و بیمه‌های تجاری مجاز به پوشش خدماتی که در بسته بیمه پایه تعریف شده‌اند، نیستند. این دو حکم قانونی، در ظاهر و عمل، جهت‌گیری‌های متضادی دارند: ماده ۸۵ بر الزام دولت و دستگاه‌ها به مشارکت در تأمین بیمه تکمیلی تأکید می‌کند، در حالی که ماده ۸ بار مالی را به دوش افراد می‌گذارد. پیامد این تناقض، ایجاد خلأ نهادی و سردرگمی اجرایی است که نتیجه آن برای صندوق بازنشستگی چیزی جز تحمیل هزینه‌های سنگین بدون پشتوانه پایدار نبوده است؛ هزینه‌هایی که ناترازی مالی صندوق را تشدید کرده و تعادل منابع و مصارف آن را برهم زده است. برآیند همه این شرایط، وضعیتی است که امروز در برابر صندوق قرار دارد: بازنشستگان کشوری به‌رغم برخوردارگی از بیمه پایه و تکمیلی، همچنان رضایت کافی از خدمات درمانی ندارند و در بسیاری از موارد ناچار به پرداخت مستقیم از جیب هستند؛ صندوق بازنشستگی کشوری نیز در معرض

فشارهای مالی روزافزون قرار گرفته و توانایی آن برای ایفای تعهدات بلندمدت زیر سؤال رفته است. بنابراین، بررسی دقیق وضعیت موجود، شناخت ریشه‌های چالش‌های اجرایی و قانونی و طراحی مدل‌های اصلاحی برای آینده، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسد.

## تاریخچه و چارچوب قانونی بیمه تکمیلی صندوق بازنشستگی

### کشوری

ورود صندوق بازنشستگی کشوری به حوزه بیمه تکمیلی از سال ۱۳۷۷ آغاز شد. در آن زمان، به دلیل ناتوانی بیمه خدمات درمانی در پوشش کامل هزینه‌های بازنشستگان و افراد تحت تکفل آنان، صندوق تصمیم گرفت به صورت داوطلبانه با شرکت بیمه دانا قرارداد منعقد کند. بر اساس این قرارداد، همه بازنشستگان تحت پوشش صندوق به طور خودکار مشمول بیمه تکمیلی شدند.

قرارداد بیمه تکمیلی هر سال از طریق مناقصه بین صندوق و شرکت بیمه منتخب تمدید شد و سهمی از حق بیمه توسط دولت، صندوق و خود بازنشستگان تامین می‌گردید. مدل اولیه به صورت قرارداد سرانه‌ای (حق بیمه ثابت به ازای هر نفر) بود که در آن ریسک هزینه‌های درمان بر عهده شرکت بیمه‌گر قرار داشت. حق بیمه ماهانه سرانه توسط برنده مناقصه تعیین می‌شد و به سه بخش (بازنشسته، صندوق و دولت) تقسیم می‌گردید؛ بدین ترتیب هر بازنشسته تنها با پرداخت یک سوم حق بیمه، از پوشش تکمیلی بهره‌مند می‌شد.<sup>۴</sup>

---

<sup>۴</sup> گزارش «بیمه تکمیلی درمان بازنشستگان کشوری: چالش‌های پیش‌رو و راهکارهای برون‌رفت از آن‌ها»، اداره کل فرهنگی و اجتماعی صندوق بازنشستگی کشوری، بهار ۱۳۹۸.

تحول مهم بعدی در سال ۱۳۸۶ رخ داد؛ با تصویب قانون مدیریت خدمات کشوری و درج ماده ۸۵، مقرر شد تأمین خدمات بیمه تکمیلی درمان کارکنان و بازنشستگان دولت بر عهده دستگاه‌های اجرایی (وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مستقل) قرار گیرد. به دنبال تصویب این قانون، ردیف بودجه مربوط به مشارکت صندوق بازنشستگی کشوری در تأمین حق بیمه تکمیلی حذف شد، چرا که انتظار می‌رفت هر دستگاه اجرایی رأساً نسبت به عقد قرارداد بیمه تکمیلی برای بازنشستگان خود اقدام کند. با این حال، آیین‌نامه اجرایی ماده ۸۵ هیچ‌گاه تصویب و ابلاغ نشد. در نتیجه در خلأ این چارچوب قانونی، عملاً وظیفه تأمین بیمه تکمیلی بازنشستگان بر زمین ماند. این در حالی است که هیأت وزیران نیز در جلسه مورخ ۱۹ اردیبهشت ۱۳۸۹ بنا به پیشنهاد شماره ۵۵۷/۷۶۰ مورخ ۲۹ فروردین ۱۳۸۹ وزارت آموزش و پرورش، مبنی بر قرار دادن فرهنگیان شاغل و بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان تحت پوشش بیمه تکمیلی موافقت نموده است:

«در راستای اجرای ماده (۸۵) قانون مدیریت خدمات کشوری، وزارت آموزش و پرورش مجاز است در چارچوب اعتبارات مصوب، فرهنگیان شاغل و بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار دهد.»

با این حال این مصوبه نیز بر زمین ماند و هرگز اجرایی نشد و صندوق بازنشستگی کشوری که از سال‌ها قبل این خدمت را ارائه می‌کرد، در خلأ اجرایی قانون مصوب و در پاسخ به نیازهای درمانی بازنشستگان ناچار به ادامه مسیر سابق شد. به عبارتی صندوق به جای دستگاه‌های اجرایی مختلف، همچنان به نمایندگی از آنان قرارداد بیمه تکمیلی را هر سال تمدید

نمود و بازنشستگان اکثر دستگاه‌ها را پوشش داد. این تداوم فعالیت، اگرچه از سر ناچاری و برای خدمت‌رسانی به بازنشستگان بود، اما از منظر قانونی یک استثنا به‌شمار می‌رفت و بار مالی آن بر صندوق تحمیل شد.

یکی دیگر از نقاط عطف تاریخچه بیمه تکمیلی، تغییر مدل قرارداد از سرانه‌ای به کارمزدی در سال ۱۳۹۳ است. تا پیش از آن سال، روند کار بدین صورت بود که شرکت بیمه‌گر منتخب (اغلب بیمه دانا یا بیمه آتیه‌سازان حافظ) در قبال دریافت حق بیمه سرانه معین، ریسک و تعهدات هزینه‌های درمان مازاد بر بیمه پایه را بر عهده داشت. اما در سال ۱۳۹۳ هم‌زمان با کناره‌گیری دولت از پرداخت سهم یک‌سوم خود در حق بیمه‌ها، مدیران وقت صندوق بازنشستگی کشوری برای کنترل هزینه‌های طرح، نوع قرارداد را از سرانه‌ای به کارمزدی تغییر دادند.

در مدل کارمزدی، عملاً خود صندوق بازنشستگی نقش بیمه‌گر درمان را ایفا می‌کند و شرکت بیمه صرفاً به عنوان نماینده و کارگزار خدمات عمل می‌نماید. به بیان روشن‌تر، از سال ۱۳۹۳ صندوق با پرداخت کارمزدی به ازای هر بازنشسته، امور اجرایی بیمه تکمیلی را به شرکت بیمه (آتیه‌سازان حافظ) واگذار کرد، ولی تأمین مالی خسارت‌های درمانی بر عهده صندوق قرار گرفت. این تغییر، نقطه‌عطفی در تاریخ طرح بیمه تکمیلی صندوق بود زیرا صندوق را عملاً وارد عرصه بیمه‌گری درمان کرد. در سال‌های نخست این تغییر، صرفه‌جویی‌هایی در هزینه‌ها مشاهده شد اما به تدریج با تغییرات جمعیتی و افزایش میانگین سنی جمعیت بازنشستگان، هزینه‌های درمانی فزونی گرفت و پیچیدگی‌های مدیریت ریسک بیمه درمان آشکار گردید. نبود دانش و تخصص بیمه‌گری درمان در صندوق و همچنین تغییر ساختار

انگیزشی بازیگران درگیر، چشم‌انداز روشنی برای استمرار مدل کارمزدی نشان نمی‌داد.<sup>۵</sup>

بنابراین در دهه ۱۳۹۰، صندوق با دو چالش قانونی و مالی توأمان مواجه بود: از یک سو طبق قانون، انجام بیمه تکمیلی برعهده دستگاه‌های اجرایی بود و صندوق تکلیفی نداشت؛ از سوی دیگر در عمل صندوق ناگزیر این بار را به دوش می‌کشید بدون آنکه منابع پایدار برای آن پیش‌بینی شده باشد. از سال ۱۴۰۳ با تغییر مجدد نوع قرارداد بیمه از «کارمزدی» به «سرانه»، شرکت بیمه ملت به‌عنوان مجری بیمه تکمیلی بازنشستگان انتخاب شد. این تصمیم با هدف کاهش هزینه‌ها و ارتقای کیفیت خدمات اتخاذ گردید. با این حال، به دلیل بدعهدی بیمه‌گر در پرداخت به‌موقع هزینه‌ها و در پی پایان قرارداد، صندوق بازنشستگی کشوری در سال ۱۴۰۴ ناگزیر شد پس از فرآیند مناقصه، بار دیگر قرارداد جدیدی، این بار با بیمه دانا منعقد کند.

باید تأکید کرد که صندوق بازنشستگی کشوری ذاتاً یک نهاد بیمه‌گر درمانی نبوده و چنین وظیفه‌ای در ساختار آن تعریف نشده است؛ ازاین‌رو ورود مستقیم صندوق به این حوزه، مشکلات ساختاری و مالی متعددی را ایجاد کرده است. بر همین اساس، ضرورت دارد هرچه سریع‌تر برای اصلاح این وضعیت چاره‌اندیشی شود. به نظر می‌رسد بازگشت به مبانی قانونی مصوب سال ۱۳۸۶ و تدوین و تصویب آیین‌نامه اجرایی ماده ۸۵ قانون مدیریت خدمات کشوری، می‌تواند راهگشای بهبود شرایط کنونی بیمه تکمیلی درمان در صندوق بازنشستگی کشوری باشد.

## ۲۰ ارزیابی بیمه تکمیلی درمان صندوق بازنشستگی کشوری

جدول ۱: تاریخچه تغییرات بیمه تکمیلی صندوق بازنشستگی کشوری

سال	رویداد	توضیح مختصر
۱۳۷۷	آغاز بیمه تکمیلی با بیمه دانا (مدل سرانه‌ای)	شروع رسمی طرح بیمه تکمیلی؛ حق بیمه به صورت سرانه و تقسیم بین بازنشسته، صندوق و دولت.
۱۳۸۶	تصویب ماده ۸۵ قانون مدیریت خدمات کشوری	تکلیف دستگاه‌های اجرایی به تأمین بیمه تکمیلی کارکنان و بازنشستگان؛ اما آیین‌نامه اجرایی تصویب نشد.
۱۳۹۳	تغییر مدل قرارداد به کارمزدی	صندوق نقش بیمه گر درمان را برعهده گرفت؛ شرکت بیمه صرفاً کارگزار شد (آتی‌سازان حافظ).
۱۴۰۳	انعقاد قرارداد با بیمه ملت (بازگشت به سرانه‌ای)	هدف: کاهش هزینه و ارتقای کیفیت؛ اما تعویق پرداخت حق بیمه و ناترازی در پرداخت هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم توسط شرکت بیمه گر منجر به تأخیر در پرداخت خسارات، و نارضایتی شدید بازنشستگان شد.
۱۴۰۴	انعقاد قرارداد با بیمه دانا	افزایش سقف تعهدات، کاهش فرانشیز به ۱۰٪ در خدمات سرپایی، و بازگشت اعتماد نسبی؛ سهم بازنشسته ~۳۳٪ و صندوق ~۶۷٪.

## ساختار بیمه درمان در صندوق بازنشستگی کشوری

ساختار بیمه درمانی بازنشستگان کشوری در حال حاضر بر سه لایه بنا شده است: بیمه پایه سلامت، بیمه تکمیلی و بیمه اکمل. فلسفه وجودی این ساختار روشن است؛ بیمه پایه باید خدمات ضروری و عمومی سلامت را پوشش دهد و بیمه تکمیلی صرفاً به عنوان پشتیبان وارد شود تا هزینه‌های خدماتی را که در بسته پایه وجود ندارد، جبران کند.<sup>۶</sup> اما در عمل، این مرز به تدریج از میان رفته است. بیمه پایه، برخلاف تکالیف قانونی خود، دامنه پوشش را سال به سال محدودتر کرده و بخشی از مسئولیت‌های اصلی‌اش را کنار گذاشته است. نتیجه چنین کاستی آشکاری، انتقال مستقیم بار خدمات درمانی به بیمه‌های تکمیلی بوده است؛ بیمه‌ای که اساساً برای پرکردن خلأهای محدود طراحی شده بود، اما امروز بخش بزرگی از وظایف بیمه پایه را نیز به دوش می‌کشد. این انحراف از مسیر قانونی، بیمه تکمیلی را از «مکمل» به «جایگزینی پرهزینه» بدل ساخته و فشار مالی سنگینی به صندوق بازنشستگی کشوری تحمیل کرده است.

---

<sup>۶</sup>. بر اساس تبصره ۵ ماده ۱۵ قانون برنامه پنجم توسعه کشور: «عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه پایه سلامت اعلام خواهد شد، توسط شرکت بیمه‌های تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است. پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی بر عهده افراد بیمه شده است. منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست.»

در کنار این دو سطح، بیمه اکمل نیز به عنوان لایه‌ای جدید سر برآورده است؛ بیمه‌ای که از دل نارضایتی بازنشستگان و ناکارآمدی دو سطح پیشین شکل گرفته است. در حالی که بیمه پایه و تکمیلی می‌بایست بار اصلی خدمات درمانی را پوشش دهند، بازنشستگان ناگزیر شده‌اند با پرداخت حق بیمه‌ای مضاعف از طریق کانون‌های صنفی خود، خدماتی همچون دندان‌پزشکی، توانبخشی و تجهیزات پزشکی را در قالب بیمه اکمل تأمین کنند. به بیان دیگر، بیمه اکمل نه از سر رفاه‌طلبی، بلکه در واکنش به قصور بیمه پایه و ناکافی بودن بیمه تکمیلی گسترش یافته است.

چنین روندی به روشنی نشان می‌دهد که تضعیف بیمه پایه سلامت نه تنها ساختار بیمه درمانی را از تعادل خارج کرده، بلکه صندوق‌های بازنشستگی را با هزینه‌های مازاد و بی‌ثبات مواجه ساخته است. اکنون بیم آن می‌رود که سربرآوردن این لایه جدید به کاهش هرچه بیش‌تر خدمات بیمه پایه و تکمیلی منجر شده و در نهایت سبب کاهش دسترسی بازنشستگان به خدمات حیاتی درمانی شود. در ادامه، تلاش شده تا پوشش هر یک از بیمه‌های فوق و سبد خدماتی کنونی آن‌ها در نسبت با صندوق بازنشستگی کشوری توضیح داده شود.

## ۱- بیمه پایه

بیمه پایه سلامت، به‌عنوان نخستین لایه نظام درمانی کشور، وظیفه دارد خدمات ضروری و حیاتی را برای همه بیمه‌شدگان تأمین کند. در تعریف قانونی، این بیمه باید شامل خدماتی چون ویزیت عمومی، بخشی از خدمات تخصصی، آزمایش‌های پایه، تصویربرداری‌های رایج، داروهای عمومی، خدمات اورژانسی و بستری در مراکز دولتی باشد. فلسفه وجودی بیمه پایه، ایجاد یک «شبکه حمایتی حداقلی» است تا هیچ شهروندی در برابر هزینه‌های ابتدایی درمان بدون پشتیبان باقی نماند.

با این حال، تجربه عملی سال‌های اخیر نشان می‌دهد که بیمه پایه سلامت از ایفای کامل این نقش فاصله گرفته است. دامنه خدمات مشمول پوشش به‌طور پیوسته کاهش یافته و بسیاری از داروها، تجهیزات پزشکی و خدمات درمانی از بسته بیمه پایه حذف یا با سهم پرداختی سنگین برای بیمه‌شده ارائه می‌شوند. به‌عنوان نمونه، خدمات دندان‌پزشکی (جز موارد اورژانسی)، داروهای نوین و پرهزینه (مانند داروهای سرطان و ام‌اس)، بسیاری از خدمات توانبخشی و حتی بخشی از تصویربرداری‌های تخصصی عملاً تحت پوشش بیمه پایه قرار ندارند. از سوی دیگر، در خدماتی که همچنان در بسته پایه باقی مانده‌اند، سهم بالایی فرانشیز (گاه تا ۷۰ درصد) عملاً باعث می‌شود بیمه‌شده برای دریافت خدمت، بار مالی سنگینی را متحمل شود.

این وضعیت، برخلاف فلسفه بیمه پایه و حتی مقررات قانونی کشور است. طبق قانون بیمه همگانی، بیمه پایه باید دامنه‌ای مشخص و نسبتاً گسترده از خدمات درمانی را پوشش دهد و بیمه‌های تکمیلی تنها مجازند

هزینه خدمات خارج از این بسته را تقبل کنند. همچنین، در تبصره ۵ ماده ۱۵ قانون برنامه پنجم توسعه تصریح شده است که بیمه‌های تکمیلی حق پوشش خدماتی را که در بسته بیمه پایه گنجانده شده ندارند. با این حال، کاهش تدریجی تعهدات بیمه پایه عملاً منجر به نقض این چارچوب قانونی شده است. نتیجه این کاستی، انتقال بار مالی درمان به بیمه‌های تکمیلی و در نهایت افزایش هزینه‌های صندوق‌های بازنشستگی است؛ صندوق‌هایی که اساساً قرار نبوده بار ناکارآمدی بیمه پایه را بر دوش بکشند.

از منظر عدالت اجتماعی نیز عملکرد بیمه پایه سلامت جای تأمل دارد. سالمندانی که بیش از همه به خدمات درمانی نیاز دارند، به دلیل محدودیت‌های بیمه پایه، ناچارند یا هزینه‌های سنگینی را شخصاً متقبل شوند یا به بیمه‌های تکمیلی و اکمل پناه ببرند. این امر نه تنها امنیت خاطر بازنشستگان را خدشه‌دار می‌سازد، بلکه بار مالی غیرضروری و ناپایداری را به صندوق بازنشستگی کشوری تحمیل می‌کند. در واقع، بیمه پایه که باید ستون اصلی حفاظت مالی در برابر بیماری باشد، خود به حلقه‌ای ضعیف و ناکارآمد بدل شده است و بیمه‌های تکمیلی را وادار کرده فراتر از مأموریت طبیعی‌شان عمل کنند.

از منظر مالی نیز، سهم بیمه پایه در ساختار صندوق همواره ناچیز بوده است. تا پایان سال ۱۴۰۲ تنها ۱/۷ درصد از مستمری بازنشستگان بابت بیمه پایه کسر می‌شد؛ رقمی که با نیازهای واقعی نظام سلامت تناسب چندانی نداشت. از ابتدای سال ۱۴۰۳ این سهم به ۲ درصد حقوق ماهانه افزایش یافت تا منابع بیشتری در اختیار بیمه پایه قرار گیرد. هرچند این تغییر در ظاهر به معنای تقویت پشتوانه مالی است، اما واقعیت آن است که تا زمانی که

مشکلاتی نظیر ضعف مدیریت منابع و تضاد منافع در ساختار نظام سلامت پابرجا باشد، افزایش سهم بازنشستگان به تنهایی راهگشا نخواهد بود. در عمل، این تصمیم بیش از آنکه به ارتقای کارایی بیمه پایه منجر شود، فشار مضاعفی بر معیشت بازنشستگان وارد می‌سازد.

مضاف بر موارد بالا، علاوه بر کاستی‌های بیمه پایه، یکی از معضلات جدی نظام سلامت در ایران، نابسامانی نظام ارجاع و تضاد منافع ساختاری است. تمرکز سیاست‌های حوزه درمان به جای پیشگیری، بر خدمات پرهزینه و طولانی‌مدت، موجب شده تا بازنشستگان به مثابه «مشتری دائمی» بخش درمان دیده شوند. بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت و مراکز درمانی ذی‌نفع، با اتکا به درآمد ناشی از تجویز خدمات و تجهیزات، انگیزه بالایی برای ارجاع‌های غیرضروری دارند.

جدول ۲: خدمات تحت پوشش و خارج از پوشش بیمه پایه سلامت

نوع خدمت	وضعیت پوشش در بیمه پایه سلامت
ویزیت عمومی و پزشک خانواده	پوشش کامل در مراکز طرف قرارداد (عمدتاً مراکز دولتی)
ویزیت تخصصی و فوق تخصصی	پوشش محدود طبق تعرفه دولتی؛ سهم پرداختی بیمار بالاست
اورژانس و بستری در بیمارستان دولتی	پوشش اصلی با فرانشیز ۱۰٪ تا ۳۰٪

## ۲۶ ارزیابی بیمه تکمیلی درمان صندوق بازنشستگی کشوری

وضعیت پوشش در بیمه پایه سلامت	نوع خدمت
تحت پوشش طبق تعرفه دولتی	اعمال جراحی عمومی
پوشش طبق تعرفه دولتی و محدود؛ بخش عمده هزینه بر عهده بیمار است	اعمال جراحی تخصصی و پرهزینه (قلب، مغز و اعصاب، ارتوپدی پیچیده و ...)
تحت پوشش جزئی یا کامل بسته به نوع دارو طبق فارماکوپه	داروهای عمومی و ضروری (فهرست رسمی وزارت بهداشت)
عمدتاً خارج از پوشش یا با سهم بسیار اندک	داروهای خاص و نوین (سرطان، ام اس، دیابت پیشرفته و ...)
تحت پوشش طبق تعرفه مصوب	آزمایش‌های عمومی و تصویربرداری ساده
پوشش محدود؛ سهم بیمار بالا	تصویربرداری‌های پیشرفته (MRI، PET Scan، CTScan و ...)
تنها در شرایط خاص (مثلاً پس از سکنه یا جراحی) پوشش داده می‌شود؛ غالباً خارج از پوشش	توانبخشی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی

## ساختار بیمه درمان در صندوق بازنشستگی کشوری ۲۷

وضعیت پوشش در بیمه پایه سلامت	نوع خدمت
تنها درمان‌های اورژانسی (کشیدن دندان در شرایط حاد)؛ سایر خدمات خارج از پوشش	دندان پزشکی
خارج از پوشش بیمه پایه	عینک، سمعک، ویلچر و تجهیزات پزشکی
خارج از پوشش	ویزیت در منزل و مراقبت‌های خانگی

## ۲- بیمه تکمیلی

بیمه تکمیلی در اصل با هدف جبران کاستی‌ها و محدودیت‌های بیمه پایه طراحی شده است. طی دو دهه گذشته، این نوع بیمه به تدریج به ستون اصلی نظام تأمین سلامت بازنشستگان بدل شده است؛ به گونه‌ای که در غیاب آن، بخش عمده‌ای از هزینه‌های درمانی باید مستقیماً از سوی بازنشستگان پرداخت شود. همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شد، در شرایط کنونی صندوق بازنشستگی کشوری متولی تأمین حدود ۶۷ درصد از حق بیمه تکمیلی بازنشستگان است و مابقی از محل مشارکت خود بازنشستگان کسر می‌شود. در این بخش، با تمرکز بر داده‌های مربوط به قرارداد بیمه ملت در سال ۱۴۰۳ و بیمه دانا در سال ۱۴۰۴، تلاش می‌شود تصویری روشن از وضعیت موجود بیمه تکمیلی بازنشستگان ارائه گردد.

### ۲-۱- بیمه ملت

قرارداد بیمه تکمیلی سال ۱۴۰۳ صندوق بازنشستگی کشوری از تاریخ اول فروردین ۱۴۰۳ آغاز شد و شرکت بیمه ملت به عنوان بیمه‌گر ارائه‌دهنده خدمات انتخاب گردید. این انتخاب پس از سال‌ها استفاده از خدمات شرکت آتیه‌سازان حافظ (وابسته به سازمان بیمه سلامت) صورت گرفت. در واقع خروج صندوق از زیر چتر آتیه‌سازان و واگذاری قرارداد به یک شرکت بیمه بازرگانی (ملت)، تغییری مهم در ساختار اجرایی بیمه تکمیلی بود که امید می‌رفت منجر به بهبود کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌ها شود. قرارداد ۱۴۰۳ بار دیگر به صورت سرانه‌ای منعقد شد؛ یعنی شرکت بیمه ملت در قبال دریافت حق بیمه سرانه معین به ازای هر نفر، متعهد به پوشش هزینه‌های مازاد

درمانی گردید و صندوق صرفاً سهمی از حق بیمه را پرداخته و نقش خریدار خدمت را ایفا کرد. این انتقال از مدل کارمزدی به سرانه‌ای، گامی در جهت اصلاح نظام پرداخت و برگرداندن ریسک بیمه‌گری به شرکت‌های تخصصی بیمه بود.

در سال ۱۴۰۳ و با انعقاد قرارداد بیمه تکمیلی با شرکت بیمه ملت، حق بیمه سرانه ماهانه برای هر بازنشسته ۳,۵۷۰,۰۰۰ ریال تعیین شد که ۳۰ درصد آن توسط بازنشسته و ۷۰ درصد توسط صندوق پرداخت می‌شد. از ابتدای مرداد همان سال با تغییر تعرفه عمومی غیر دولتی در تعهدات بستری به تعرفه‌های مصوب و همچنین کاهش ده درصدی فرانشیز در تعهدات مذکور، این مبلغ طبق محاسبات اعلامی بیمه مرکزی به ۴,۴۷۵,۰۰۰ ریال افزایش یافت، در حالی که نسبت مشارکت دو طرف ثابت ماند.

جداول زیر میزان خدمات سال ۱۴۰۳ بیمه ملت را برای بازنشستگان صندوق کشوری نشان می‌دهند. این خدمات برای سیزده ماه از فروردین ۱۴۰۳ تا پایان فروردین ۱۴۰۴ به بازنشستگان ارائه شده است که بیمه ملت موظف است اسناد پزشکی را تا پایان شهریور ماه از بازنشستگان بپذیرد. تا تیرماه ۱۴۰۴، تعداد ۱۰,۶۶۹,۳۱۳ پرونده خسارت درمانی ثبت شده بابت بهره‌مندی تعداد ۱,۶۸۷,۳۱۳ نفر در سامانه‌های نرم‌افزاری بیمه‌ای شرکت بیمه ملت ارجاع گزارش شده است که مبلغ خسارت سهم بیمه تکمیلی درمان بیش از ۱۱ هزار میلیارد تومان بوده است که حدود ۶۵/۱۴ درصد کل هزینه‌های درمانی بازنشستگان را پوشش می‌دهد است.<sup>۷</sup> در این میان

---

<sup>۷</sup> میزان قرارداد صندوق بازنشستگی کشوری با بیمه ملت برای ۱۳ ماه با میانگین سرانه ۴۲۰ هزار تومان برای متوسط ۲ میلیون و ۳۰۰ هزار نفر، بیش از ۱۲ هزار میلیارد تومان بود.

### ۳۰ ارزیابی بیمه تکمیلی درمان صندوق بازنشستگی کشوری

بازنشستگان برای خدمت دندانپزشکی (دست‌دندان) بیش‌ترین پرداخت از جیب را داشتند. به‌طور متوسط در هر پرونده بازنشستگان حدود پانصد هزار تومان از جیب پرداخت می‌کنند که این میزان برای هزینه‌های بیمارستانی (جراحی عمومی) حدود چهار میلیون تومان و برای دندانپزشکی (دست‌دندان) حدود پنج میلیون تومان است.

جدول ۳: خدمات پوششی بیمه تکمیلی بیمه ملت در سال ۱۴۰۳

بیمه ملت	تحلیل خدمات پوششی بیمه تکمیلی
ویزیت، دارو و خدمات اورژانس	بیش‌ترین تعداد پرونده مراجعه
زایمان	کم‌ترین تعداد پرونده مراجعه
هزینه‌های بیمارستانی (جراحی عمومی)*	پر هزینه‌ترین خدمات (هزینه کل)
زایمان	کم هزینه‌ترین خدمات (هزینه کل)
پاراکلینیکی ۲	بیش‌ترین درصد پوشش بیمه تکمیلی به نسبت هزینه کل
سمعک	کم‌ترین درصد پوشش بیمه تکمیلی به نسبت هزینه کل
دندانپزشکی**، پاراکلینیکی ۱ و ۲	بیش‌ترین هزینه بر دوش خدمت‌گیرنده
ویزیت، دارو و خدمات اورژانس	کم‌ترین هزینه بر دوش خدمت‌گیرنده

\* خدمات بستری و جراحی به دلیل عدم محدودیت در سقف تعهدات طبق تعرفه‌های مصوب از این قاعده مستثنی می‌باشد.

\*\* خدمات دندانپزشکی در بیمه تکمیلی کنونی ارائه نمی‌شود و در حقیقت تنها دست‌دندان مصنوعی داده می‌شود.

با این وجود، اجرای قرارداد ۱۴۰۳ با چالش‌های جدی همراه شد. مهم‌ترین مشکل، ناترازی در پرداخت هزینه مستقیم و غیر مستقیم بیمه‌گر در پرداخت هزینه‌های درمانی بازنشستگان بود که منجر به انباشته شدن مطالبات بیمه‌شده‌ها شد. طبق گزارش‌ها<sup>۸</sup>، شرکت بیمه ملت از اردیبهشت ۱۴۰۲ تا پایان همان سال تقریباً هیچ‌گونه پرداختی بابت هزینه‌های درمان انجام نداد و حتی در شعب خود اسناد درمانی بازنشستگان را نمی‌پذیرفت. این تخلفات آشکار که بر خلاف تعهدات قراردادی بود، موجی از نارضایتی در میان بازنشستگان ایجاد کرد. لازم به ذکر است که بیش‌ترین اعتراضات از سمت بازنشستگان بر روی خدمات پاراکلینیکی بوده است.

---

<sup>۸</sup> رجوع کنید به خبر فروردین ۱۴۰۴ در تارنمای صندوق بازنشستگی.

## ۳۲ ارزیابی بیمه تکمیلی درمان صندوق بازنشستگی کشوری

### جدول ۴: خدمات بیمه تکمیلی ملت به بازنشستگان صندوق کشوری

میانگین هزینه باقی‌مانده در پرونده (ریال)	درصد پوشش بیمه تکمیلی	هزینه کل (میلیون ریال)	تعداد نفرات استفاده کننده	سهم بیمه تکمیلی (میلیون ریال)	کل پرونده	نوع پوشش
۲۱'۵۸۶'۰۱۸	٪۱۷,۶۲	۸۸'۸۳۲	۳'۰۵۹	۱۵'۶۵۵	۳'۳۹۰	آمیولانس
۳'۱۴۸'۶۸۶	٪۶۸,۷۹	۱۱'۳۰۶'۹۷۴	۹۱۶'۵۰۲	۷'۷۷۸'۳۳۶	۱'۱۲۰'۶۷۰	پاراکلینیکی ۱
۱'۳۴۹'۴۵۷	٪۷۳,۴۴	۴'۱۸۱'۷۰۲	۶۸۲'۷۵۰	۳'۰۷۱'۱۵۲	۸۲۲'۹۶۱	پاراکلینیکی ۲
۶۴'۶۶۱'۳۳۸	٪۶۹,۶۷	۲۵'۱۲۹'۳۶۱	۵۴'۹۸۱	۱۷'۵۰۸'۱۱۷	۱۱۷'۸۶۴	جراحی تخصصی
۴'۳۰۵'۳۷۵	٪۵۲,۸۲	۲'۹۷۶'۶۲۹	۲۲۹'۸۵۰	۱'۵۷۲'۱۳۸	۳۲۶'۲۱۸	جراحی‌های مجاز سرپایی
۲'۵۱۰'۰۸۱	٪۶۸,۱۰	۱۷'۸۳۰'۰۶۹	۱'۲۹۳'۵۲۹	۱۲'۱۴۲'۶۰۷	۲'۲۶۵'۸۴۸	خدمات آزمایشگاهی
۱'۳۱۹'۷۶۷	٪۶۶,۱۴	۱'۷۴۱'۹۰۱	۳۴۸'۶۵۰	۱'۱۵۲'۰۲۲	۴۴۶'۹۵۷	خدمات اورژانس
۱۹'۰۲۶'۸۱۶	٪۴۷,۴۶	۵'۵۱۰'۴۶۹	۱۲۷'۵۲۰	۲'۶۱۵'۲۱۵	۱۵۲'۱۶۷	خدمات توانبخشی
۴'۷۸۹'۰۰۰	٪۴۶,۱۷	۶۶۰'۲۶۰	۲۴'۲۲۰	۳۰۴'۸۳۴	۷۴'۲۱۷	دارو بیماران خاص و صعب العلاج
۶۹'۸۶۲'۸۰۰	٪۶۰,۷۳	۲۳۸'۵۹۳	۱'۱۲۲	۱۴۴'۹۰۷	۱'۳۴۱	درمان بیماری‌های اعصاب و روان
۱۳۵'۸۸۶'۰۳۸	٪۶,۶۰	۱'۶۳۶'۹۴۱	۱۱'۲۰۲	۱۰۸'۰۸۷	۱۱'۲۵۱	دندانپزشکی (دست‌دندان)
۵۳'۲۹۰'۳۴۲	٪۷۰,۰۶	۳۱'۵۰۷	۱۷۵	۲۲'۰۷۴	۱۷۷	زایمان
۱۳۳'۲۰۱'۷۲۱	٪۵,۴۶	۴۹۶'۸۰۹	۳'۵۱۹	۲۷'۱۳۹	۳'۵۲۶	سمعک
۲۱'۶۹۸'۲۹۹	٪۱۳,۶۶	۳'۵۵۹'۱۹۵	۱۴۱'۰۹۰	۴۸۶'۲۳۸	۱۴۱'۶۲۲	لنز، عینک
۱۸'۷۳۴'۴۸۶	٪۲۴,۴۲	۶۶'۶۵۸	۲'۶۵۳	۱۶'۲۸۱	۲'۶۸۹	هزینه‌های اروتز و پروتز
۳۹'۱۷۱'۹۷۱	٪۶۷,۱۵	۸۸'۶۳۸'۵۵۱	۴۵۴'۷۲۰	۵۹'۵۱۸'۳۴۳	۷۴۳'۳۹۴	هزینه‌های بیمارستانی (جراحی عمومی)
۴۲۰'۹۳۵	٪۷۱,۳۰	۶'۵۰۵'۷۸۸	۲'۲۲۷'۴۷۹	۴'۶۳۸'۹۱۳	۴'۴۳۵'۰۲۱	ویزیت، دارو و خدمات اورژانس
۵'۵۷۴'۶۹۴	٪۶۵,۱۴	۱۷۰'۶۰۰'۲۱۷	۶'۵۲۲'۹۷۶	۱۱۱'۱۲۲'۰۵۹	۱۰'۶۶۹'۳۱۳	جمع کل

\* تعداد ۶،۵۵۲،۹۷۶ مندرج در جدول به تعدد استفاده‌کنندگان از خدمات مختلف اشاره دارد. در حقیقت تعداد استفاده‌کنندگان با کدملی یکتا از خدمات بیمه ملت ۱،۶۸۷،۳۳۶ بوده است.

### ۲-۲- بیمه دانا

با پایان یافتن قرارداد قبلی، صندوق بازنشستگی در سال ۱۴۰۴ اقدام به برگزاری مناقصه جدید نمود و این بار شرکت بیمه دانا به عنوان بیمه‌گر تکمیلی بازنشستگان کشوری برگزیده شد. مهم‌ترین ویژگی قرارداد ۱۴۰۴، افزایش چشمگیر سقف تعهدات و کاهش بیشتر فرانشیز است. بنا بر اعلام صندوق، مجموع تعهدات سالیانه بیمه تکمیلی در بودجه صندوق از حدود ۱۱ هزار میلیارد تومان در سال ۱۴۰۳ به ۱۸ هزار میلیارد تومان افزایش یافته که نشان‌دهنده گسترش پوشش‌ها است. حق بیمه سرانه ماهانه هر نفر نیز بالغ بر ۷۱۰ هزار تومان<sup>۹</sup> تعیین شده که ۲۳۴،۳۰۰ تومان آن توسط بازنشسته و مابقی (۴۷۵،۷۰۰ تومان، حدود ۶۷٪) توسط صندوق پرداخت می‌شود. بدین ترتیب سهم مشارکت بازنشسته اندکی افزایش یافته (از ۳۰٪ به ۳۳٪)، هرچند صندوق کماکان دو سوم حق بیمه را تقبل می‌کند.

نکته قابل توجه این که پوشش بیمه تکمیلی درمان کاملاً اختیاری می‌باشد و بازنشستگانی که تمایلی به استفاده از بیمه تکمیلی ندارند می‌توانند انصراف دهند. هرچند طبیعتاً انتظار می‌رود اکثر قریب به اتفاق مشمولان به دلیل

---

<sup>۹</sup> لازم به ذکر است که دفتر امور بیمه تکمیلی صندوق بازنشستگی سرانه را ۶۸۰ هزار تومان محاسبه کرده بود ولی رقم اعلامی صندوق و مندرج در پرداختی صندوق به بازنشستگان، رقم اعلام شده از سوی بیمه مرکزی است که در نهایت قرارداد سالانه بر اساس آن منعقد می‌شود.

## ۳۴ ارزیابی بیمه تکمیلی درمان صندوق بازنشستگی کشوری

ریسک هزینه‌های درمان، در طرح باقی بمانند، اختیاری شدن می‌تواند به احترام به حق انتخاب بازنشستگان و کاهش نارضایتی افرادی که احتمالاً بیمه موازی دارند کمک کند. البته باید مراقب اثر انتخاب معکوس بود تا انصراف افراد کم‌ریسک منجر به افزایش میانگین ریسک بیمه‌شدگان نشود.

کاهش فرانشیز در قرارداد ۱۴۰۴ مشهود است. فرانشیز خدمات بستری (اعم از عمومی و تخصصی) که در قرارداد قبل ۲۰٪ بود به همان میزان باقی مانده، اما فرانشیز بسیاری از خدمات سرپایی به ۱۰٪ کاهش یافته است. برای برخی اقلام مانند خرید عینک، سمعک، ویلچر و... نیز کماکان فرانشیزی لحاظ نمی‌شود. افزایش سقف تعهدات در اکثر سرفصل‌ها نیز ادامه یافته است؛ به طور متوسط حدود ۵۰٪ نسبت به سال قبل افزایش سقف مشاهده می‌شود. جدول زیر برخی تغییرات مهم تعهدات در دو سال اخیر را مقایسه می‌کند:

جدول ۵: مقایسه خدمات بیمه دانا (۱۴۰۴) با بیمه ملت (۱۴۰۳)

سقف سال ۱۴۰۴ (فرانشیز ۱۰٪-۲۰٪)	سقف سال ۱۴۰۳ (فرانشیز ۳۰٪)	خدمت/تعهد
بدون سقف (فرانشیز ۲۰٪)	بدون سقف (فرانشیز ۳۰٪)	بستری‌های عمومی/تخصصی
۴'۰۰۰'۰۰۰ تومان (۱۰٪ فرانشیز)	۳'۰۰۰'۰۰۰ تومان (۳۰٪ فرانشیز)	خدمات تشخیصی و سرپایی
۲'۱۰۰'۰۰۰ تومان (۱۰٪ فرانشیز)	۱'۴۰۰'۰۰۰ تومان	خدمات آزمایشگاهی
۲'۰۰۰'۰۰۰ تومان (۱۰٪ فرانشیز)	۱'۵۰۰'۰۰۰ تومان	اعمال جراحی سرپایی مجاز

### ساختار بیمه درمان در صندوق بازنشستگی کشوری ۳۵

سقف سال ۱۴۰۴ (فرانشیز ۱۰٪-۲۰٪)	سقف سال ۱۴۰۳ (فرانشیز ۳۰٪)	خدمت/تعهد
۱'۰۰۰'۰۰۰ تومان (۱۰٪ فرانشیز)	۸۰۰'۰۰۰ تومان	خدمات رادیوگرافی
۱'۰۰۰'۰۰۰ تومان به ازای هر نوبت	۳۳۸'۰۰۰ تومان به ازای هر نوبت	هزینه آمبولانس داخل شهری
۳'۰۰۰'۰۰۰ تومان هر نوبت	۱'۱۸۰'۰۰۰ تومان هر نوبت	هزینه آمبولانس بین شهری
۱'۲۰۰'۰۰۰ تومان (۱۰٪ فرانشیز)	۵۰۰'۰۰۰ تومان	ویزیت پزشک (عمومی/متخصص)
۵۰۰'۰۰۰ تومان	۳۵۰'۰۰۰ تومان	کمک هزینه عینک (هر ۳ سال)
۳۰۰'۰۰۰ تومان	۲۰۰'۰۰۰ تومان	کمک هزینه عصا/واکر
۲'۵۰۰'۰۰۰ تومان	۱'۷۰۰'۰۰۰ تومان	کمک هزینه ویلچر
۱'۰۰۰'۰۰۰ تومان (هر گوش)	۸۰۰'۰۰۰ تومان (هر گوش)	کمک هزینه سمعک (هر ۵ سال)
۱'۵۰۰'۰۰۰ تومان	۱'۰۰۰'۰۰۰ تومان	کمک هزینه دست دندان (۳ سال)

### ۳- بیمه اکمل

در کنار بیمه تکمیلی عمومی که توسط صندوق بازنشستگی کشوری برای همه مشمولان ارائه می‌شود، طی سال‌های اخیر بحث از بیمه‌ای تحت عنوان «بیمه اکمل»<sup>۱۰</sup> نیز مطرح بوده است. بیمه اکمل در واقع طرحی برای بیمه تکمیلی مازاد است که پوشش‌ها و سقف‌های فراتر از بیمه تکمیلی عادی را ارائه می‌دهد. ایده اصلی این طرح آن است که بازنشستگانی که مایلند با پرداخت حقیقه بیشتر، از خدمات درمانی گسترده‌تر یا با کیفیت بالاتر بهره‌مند شوند، بتوانند در قالب یک قرارداد جداگانه تحت پوشش قرار گیرند. برای نخستین بار در سال ۱۳۹۷ اداره کل فرهنگی و اجتماعی صندوق بازنشستگی کشوری طرح بیمه اکمل را به عنوان گامی در جهت عدالت درون‌نسلی معرفی کرد<sup>۱۱</sup>. در آن زمان پیشنهاد شد بازنشستگانی که توانایی مالی بیشتری دارند، بتوانند با مشارکت اختیاری در طرح اکمل، از مزایایی مانند سهم فرانسیز کمتر یا پوشش خدمات اضافی (مانند دندان‌پزشکی، عینک پیشرفته، و غیره) بهره‌مند شوند. این رویکرد از منظر عدالت درون‌نسلی قابل توجه بود، زیرا در رویه کنونی همه بازنشستگان صرف‌نظر از توان پرداخت، با پرداخت حق بیمه یکسان از حمایت یکسان برخوردارند و حتی عملاً گروه‌های پردرآمدتر که توان پرداخت دارند نیز از یارانه صندوق بهره می‌برند. طراحی مکانیزمی همچون بیمه اکمل می‌تواند امکان بهره‌مندی بیشتر گروه‌های مرفه‌تر را با هزینه شخصی خودشان فراهم کند بدون آنکه

<sup>10</sup> Super Supplementary Insurance

<sup>11</sup> گزارش «بیمه تکمیلی درمان بازنشستگان کشوری: چالش‌های پیش‌رو و راهکارهای برون‌رفت از آن‌ها»، اداره کل فرهنگی و اجتماعی صندوق بازنشستگی کشوری، بهار ۱۳۹۸.

منابع صندوق (که متعلق به همه نسل‌هاست) بیش از حد به نفع آنان مصرف شود و صندوق بتواند تعهدات بیش‌تری برای گروه‌های بازنشسته کم‌درآمدتر برعهده بگیرد.

نقش کانون‌های بازنشستگی در پیگیری و اجرای طرح‌های بیمه‌ای بسیار پررنگ بوده و هست. کانون‌های بازنشستگان به عنوان نهادهای صنفی، همواره به دنبال حداکثرسازی منافع اعضای خود در حوزه بیمه درمان بوده‌اند. به طور مشخص، کانون‌ها خواهان افزایش تعهدات بیمه تکمیلی، کاهش فرانشیز و افزودن خدمات جدید به سبد پوشش هستند و در مذاکرات سالانه با صندوق این مطالبات را مطرح می‌کنند. از آنجا که کانون‌های بازنشستگان دارای پشتوانه اجتماعی قابل توجه (صدها هزار عضو) بوده و نفوذ قابل ملاحظه‌ای بر تصمیم‌گیری‌ها دارند، عملاً سیاست‌گذاران در صندوق و سازمان‌های بالادستی به سختی می‌توانند اقدامی برخلاف خواست کانون‌ها انجام دهند. برای مثال، هرگونه افزایش سهم حق بیمه پرداختی توسط بازنشسته (حتی اگر توجیه مالی داشته باشد) با مقاومت کانون‌ها مواجه می‌شود و اجرای آن مستلزم اقناع افکار عمومی بازنشستگان است. این وزن سیاسی کانون‌ها باعث شده است که در طی سالیان، برخی اصلاحات ضروری (مانند افزایش پلکانی سهم بازنشستگان در حق بیمه با توجه به آزمون و سنج) به سختی قابل انجام باشد.

از سوی دیگر، در مقطعی که خدمات بیمه تکمیلی عمومی نتوانسته رضایت بازنشستگان را جلب کند، برخی کانون‌های بازنشستگان در اندیشه انعقاد قراردادهای جداگانه بیمه تکمیلی برای اعضای خود برآمده‌اند. برای

## ۳۸ ارزیابی بیمه تکمیلی درمان صندوق بازنشستگی کشوری

مثال، جدول زیر پیشنهاد بیمه اکمل کانون آموزش و پرورش استان اصفهان به اعضای خود است (با حق بیمه ماهانه برای هر نفر ۵,۸۰۰,۰۰۰ ریال):  
 جدول ۶: جدول تعهدات بیمه اکمل آتیه‌سازان برای کانون بازنشستگان آموزش و پرورش استان اصفهان (۱۴۰۵/۰۷/۰۱ تا ۱۴۰۶/۰۶/۳۱)

سقف تعهدات (ریال)	شرح خدمات اکمل
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های پروتز و دارو (داروهای ایرانی، خارجی، گیاهی و ویتامینه - مکمل به شرط تجویز پزشک متخصص و مشروط بر اینکه بیمه پایه پوشش نداده باشد)
۴۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های دندان‌پزشکی (جرم‌گیری، پرکردن، عصب‌کشی، کشیدن دندان، روکش، پروتز متحرک فلزی، ایمپلنت، بروکسیم، دندان مصنوعی، درمان لثه، ارتودنسی، جراحی لثه و...)
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های پاراکلینیک نوع اول (MRI، سی‌تی‌اسکن، ماموگرافی، انواع اسکن و تست‌های پزشکی، اکو، کاردیولوژی، آنژیوگرافی، اندوسکوپی، کولونوسکوپی و...)
۱۲,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های پاراکلینیک نوع دوم (EEG، تست ورزش، تست‌های تنفسی، اسکن هسته‌ای، اکوکاردیوگرافی، OCT چشم، هولتر قلب و...)
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های پاراکلینیک نوع سوم (آزمایش‌های تخصصی، پاتولوژی، آسیب‌شناسی و تست‌های ژنتیک آزاد)

## ساختار بیمه درمان در صندوق بازنشستگی کشوری ۳۹

سقف تعهدات (ریال)	شرح خدمات اکمل
۵,۰۰۰,۰۰۰	هزینه اعمال جراحی مجاز سرپایی (شکستگی، دررفتگی، کشیدن ناخن، جراحی کیست، بواسیر، واریس، کلونید و...)
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه‌های جراحی چشم (لیزیک، لازک، رفع انحراف چشم، کاتاراکت، آب مروارید، پیوند قرنیه و...)
۳,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های بینایی‌سنجی و عینک طبی (طبق تجویز پزشک و فاکتور معتبر)
۳,۰۰۰,۰۰۰	پرداخت هزینه سمعک، پروتز اعضای مصنوعی، ویلچر و سایر تجهیزات توانبخشی

با این حال، اگر واگذاری بیمه اکمل به‌طور کامل به کانون‌های بازنشستگی رخ دهد می‌تواند یکپارچگی جامعه تحت پوشش را مخدوش کرده و منجر به شکاف بین بازنشستگان دستگاه‌های مختلف شود؛ به نحوی که عده‌ای دارای بیمه تکمیلی با شرایط بهتر و عده‌ای با شرایط ضعیف‌تر باشند. هرچند تاکنون تقریباً تمامی بازنشستگان کشوری در قالب قرارداد واحد صندوق باقی مانده‌اند، این امکان بالقوه وجود دارد که کانون‌ها برای کسب امتیازات بیشتر، گزینه قراردادهای مستقل را دنبال کنند. از این رو، صندوق بازنشستگی کشوری همواره سعی کرده با مشارکت دادن نمایندگان

کانون‌ها در تصمیم‌گیری‌ها و انعقاد قرارداد تکمیلی، حمایت آنان را جلب نماید تا از تجزیه پوشش بیمه‌ای جلوگیری شود.

یکی از موارد نارضایتی کانون‌ها، سبب خدمات بیمه تکمیلی است. به‌رغم بهبودهایی که ذکر شد، هنوز پاره‌ای از خدمات مورد مطالبه بازنشستگان تحت پوشش نیست. برای مثال، خدمات دندان‌پزشکی، ویزیت در منزل، خدمات توانبخشی در منزل، هزینه همراه بیمار برای افراد ناتوان و مواردی از این دست، در تعهد بیمه تکمیلی کنونی قرار ندارند و کانون‌ها خواهان لحاظ شدن آن‌ها در قرارداد هستند.

علاوه‌براین، سقف تعهد برخی خدمات مانند جراحی‌های عمومی، فیزیوتراپی یا داروهای خاص به‌ویژه با توجه به تورم هزینه‌های درمان از دید کانون‌ها کافی نیست و هر سال درخواست افزایش دارند. فرانشیز نیز همواره موضوع چالشی بوده است؛ بسیاری از بازنشستگان خصوصاً افراد با حقوق پایین، حتی پرداخت ۲۰٪ فرانشیز را در هزینه‌های سنگین درمانی دشوار می‌دانند و کانون‌ها بعضاً کاهش فرانشیز تا ۱۰٪ یا صفر را مطالبه می‌کنند. در همین راستا، دفتر خدمات رفاهی صندوق بازنشستگی در اسفند سال ۱۴۰۳ سعی بر آن کرد که بر مبنای پیشنهادات کانون‌های بازنشستگی جدول تعهدات را محاسبه کند. .

جدول 7: جدول تعهدات بیمه تکمیلی ۱۴۰۴ - شماره یک (اسفند ۱۴۰۳)

اعتبار مورد نیاز برای سال ۱۴۰۴ (۲,۵۰۰,۰۰۰ نفر)	سرايه هر تعهد در هر سال برای هر نفر	سرايه هر تعهد در هر ماه برای هر نفر برای تعهدات ۱۴۰۴	سقف تعهدات ۱۴۰۴	بوش ها
۲۳,۰۵۸,۰۹۳,۲۲۳,۶۴۲	۹,۲۲۳,۲۳۷	۷۶۸,۶۰۳	بدون سقف	جراحی تخصصی (شش عمل اصلی)
۷۸,۱۱۹,۰۹۹,۲۱۶,۲۵۹	۳۱,۳۴۷,۶۴۰	۲,۶۰۳,۹۷۰	بدون سقف	هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی)
۸,۴۸۰,۰۷۰,۴۸۰,۱۴۲	۳,۳۹۲,۰۲۸	۲۸۲,۶۶۹	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	پاراکلینیکی ۲
۲۰,۰۱۹,۳۲۴,۰۷۶,۴۸۶	۸,۰۰۷,۷۳۰	۶۶۷,۳۱۱	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	پاراکلینیکی ۱
۶,۵۸۹,۰۱۶,۵۴۶,۳۳۰	۲,۶۳۵,۶۴۳	۲۱۹,۶۳۷	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	خدمات توانبخشی (فیزیوتراپی)
۸۸,۹۶۶,۰۵۷,۴۵۹,۸۲۱	۳۵,۵۸۶,۴۲۳	۲,۹۶۵,۵۳۵	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	خدمات آزمایشگاهی
۸۰,۱۸,۱۳۱,۴۲۷,۱۳۳	۳,۲۰۷,۳۵۳	۲۶۷,۲۷۱	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جراحی های مجازسرایی
۶,۷۷۲,۰۷۴,۰۵۳,۰۸۹	۲,۷۰۸,۸۳۰	۲۲۵,۷۳۶	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	رادیولوژی
۶۴,۸۴۱,۵۹۳,۶۹۸,۳۸۶	۲۵,۹۳۶,۶۳۷	۲,۱۶۱,۳۸۶	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	انواع ویزیت
۱۰,۰۵۰,۱۹۸,۱۹۵,۷۰۴	۴,۰۲۰,۰۷۹	۳۳۵,۰۰۷	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	ویلچر، عصا و واکر
۸۵,۰۵۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۴,۰۲۰,۰۰۰	۲,۸۳۵,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	دندانپزشکی
۱۹۷,۲۵۴,۴۳۲,۷۴۴	۷۸,۹۰۲	۶,۵۷۵	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	سمعک
۶,۳۵۰,۱۱۴,۰۰۸,۹۸۲	۲,۵۰۰,۰۴۶	۲۰۸,۳۳۷	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	لنز و عینک
۷۰,۲۰۲,۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۸,۰۸۱,۰۸۰	۲,۳۴۰,۰۹۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	کلیه دارو ها به غیر از دارو بیمار خاص
۴۷۶,۶۱۳,۸۱۶,۹۱۸,۷۱۸	۱۹۰,۶۴۵,۵۲۷	۱۵,۸۸۷,۱۲۷		جمع

۴۷۶,۶۱۳,۸۱۶,۹۱۸,۷۱۸	جمع کل اعتبار مورد نیاز برای اجرای بیمه تکمیلی درمان سال ۱۴۰۴ بازنشتگان
۱۹۰,۶۴۵,۵۲۷	جمع سرائه پیش بینی شده برای یکسال برای هر نفر بیمه شده
۱۱,۱۲۰,۹۸۹	سهم صندوق از سرائه پیش بینی شده در ماه برای هر نفر (۷۰ درصد)
۴,۷۶۶,۱۳۸	سهم بیمه شده از سرائه پیش بینی شده در ماه برای هر نفر (۳۰ درصد)

محاسبات فوق براساس هزینه های ۹ ماهه ۱۴۰۳ و بر مبنای ۲/۵۰۰/۰۰۰ نفر لحاظ و صورت گرفته است.

جدول ۸: جدول تعهدات بیمه تکمیلی ۱۴۰۴ - شماره دو (اسفند ۱۴۰۳)

اعتبار مورد نیاز برای سال ۱۴۰۴ (۲,۵۰۰,۰۰۰ نفر)	سروانه هر تعهد در هر سال برای هر نفر	سروانه هر تعهد در هر ماه برای هر نفر برای تعهدات ۱۴۰۴	سقف تعهدات ۱۴۰۴	پوشش ها
۲۳,۰۵۸,۰۹۳,۳۲۳,۶۴۲	۹,۲۲۳,۲۳۷	۷۶۸,۶۰۳	بدون سقف	جراحی تخصصی (شش عمل اصلی)
۷۸,۱۱۹,۰۹۹,۲۱۶,۲۵۹	۳۱,۲۴۷,۶۴۰	۲,۶۰۳,۹۷۰	بدون سقف	هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی)
۸,۴۸۰,۰۷۰,۴۸۰,۱۴۲	۳,۳۹۲,۰۲۸	۲۸۲,۶۶۹	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	پاراکلینیکی ۲
۲۰,۰۱۹,۳۲۴,۰۷۶,۴۸۶	۸,۰۰۷,۷۳۰	۶۶۷,۳۱۱	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	پاراکلینیکی ۱
۶,۵۸۹,۱۰۶,۵۴۶,۳۳۰	۲,۶۳۵,۶۴۳	۲۱۹,۶۳۷	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	خدمات توانبخشی (فیزیوتراپی)
۷۴,۱۳۸,۳۸۱,۲۱۶,۵۱۸	۲۹,۶۵۵,۳۵۲	۲,۴۷۱,۲۷۹	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	خدمات آزمایشگاهی
۸,۰۱۸,۱۳۱,۴۲۷,۱۳۳	۳,۲۰۷,۲۵۳	۲۶۷,۲۷۱	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جراحی های مجاز سرپایی
۶,۷۷۲,۰۷۴,۰۵۳,۰۸۹	۲,۷۰۸,۸۳۰	۲۲۵,۷۳۶	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	رادیولوژی
۴۸,۶۳۱,۱۹۵,۲۷۳,۷۹۰	۱۹,۴۵۲,۴۷۸	۱,۶۲۱,۰۴۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	انواع ویزیت
۱۰,۰۵۰,۱۹۸,۱۹۵,۷۰۴	۴,۰۲۰,۰۷۹	۳۳۵,۰۰۷	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	ویلچر، عصا و واکر
۸۵,۰۵۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۴,۰۲۰,۰۰۰	۲,۸۳۵,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	دندانپزشکی
۱۹۷,۲۵۴,۴۳۲,۷۴۴	۷۸,۹۰۲	۶,۵۷۵	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	سمعک
۳,۱۲۵,۰۵۷,۰۰۴,۴۹۱	۱,۲۵۰,۰۲۳	۱۰۴,۱۶۹	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	لنز و عینک
۵۸,۵۰۲,۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۳,۴۰۰,۹۰۰	۱,۹۵۰,۰۷۵	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	کلید دارو ها به غیر از دارو بیمار خاص
۴۳۰,۷۵۰,۲۳۵,۲۴۶,۳۲۷	۱۷۲,۳۰۰,۰۹۴	۱۴,۳۵۸,۳۴۱		جمع

۴۳۰,۷۵۰,۲۳۵,۲۴۶,۳۲۷	جمع کل اعتبار مورد نیاز برای اجرای بیمه تکمیلی درمان سال ۱۴۰۴ بازنشستگان
۱۷۲,۳۰۰,۰۹۴	جمع سروانه پیش بینی شده برای یکسال برای هر نفر بیمه شده
۱۰,۰۵۰,۸۳۹	سهم صندوق از سروانه پیش بینی شده در ماه برای هر نفر (۷۰ درصد)
۴,۳۰۷,۵۰۲	سهم بیمه شده از سروانه پیش بینی شده در ماه برای هر نفر (۳۰ درصد)

محاسبات فوق براساس هزینه های ۹ ماهه ۱۴۰۳ و بر مبنای ۲/۵۰۰/۰۰۰ نفر لحاظ و صورت گرفته است.

کانون‌ها جداول مورد نظر خود را به صندوق اعلام کردند و بر مبنای سقف تعهدات درخواستی این جداول تهیه شده است. جدول شماره یک در اصل جدول مورد قبول کانون‌ها بوده است و در نهایت جدول شماره دو نیز ارائه شده است برای تعدیل سقف اعتبارات. این جداول براساس هزینه‌های ۹ ماهه اول ۱۴۰۳ بیمه ملت و برای ۲ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر محاسبه شده است.

اعتبارات مورد نیاز برای تأمین این بسته خدماتی بسیار بیش از توان صندوق بازنشستگی است اگر قرار باشد نسبت پرداخت به بیمه‌گر حفظ شود. به عبارتی دیگر برای جدول پیشنهادی شماره یک صندوق باید بیش از ۳۳ هزار میلیارد تومان و برای جدول شماره دو بیش از ۳۰ هزار میلیارد تومان اعتبار اختصاص دهد تا بتواند پوشش همگانی برای ۲ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر را تخصیص دهد. واضح است که تأمین این میزان اعتبار از بودجه عمومی برای ارائه خدمات به بازنشستگان کشوری امکان‌پذیر نیست، اما با این حال، مشخص است که سبد خدماتی همگانی بیمه تکمیلی کنونی و نحوه تعیین اعتبارات باید تغییری بنیادین کند به نحوی که مدل پیشنهادی در راستای تحقق عدالت بین نسلی نیز باشد و وسیع‌سنجی بازنشستگان را نیز در مدل خود دخیل کند.

## طراحی جدول خدمات درمانی بیمه تکمیلی بازنشستگان

### کشوری

با توجه به مجموع چالش‌های یادشده، در این بخش مدل جدیدی برای بیمه تکمیلی بازنشستگان کشور پیشنهاد می‌شود که هدف آن بهبود پایداری مالی طرح، ارتقای سطح خدمات و رضایت‌مندی بازنشستگان، و انطباق با الزامات قانونی است. این مدل پیشنهادی مبتنی بر افزایش سرانه حق بیمه پرداختی است بدون آنکه سهم پرداختی صندوق (دولت) افزایش یابد، به این معنی که بخش افزایش‌یافته حق بیمه از طریق کسر مبلغ بیشتری از حقوق بازنشستگان تأمین خواهد شد. صندوق در این مدل تنها نقش تسهیلگر را ایفا خواهد کرد و تعهدات مالی صندوق تغییری نخواهد کرد.

براساس جداول درخواستی کانون‌ها و نوع سبد خدماتی که بازنشستگان در سال ۱۴۰۳ از بیمه ملت استفاده کردند جدول زیر برای ۸ ماه طراحی شده است. در این جدول تلاش شده است که دغدغه‌های کانون‌ها برای افزایش سقف تعهدات در نظر گرفته شود و با تعیین فرانشیز ۲۰ درصدی برای تعهدات بستری و جراحی و فرانشیز ۱۰ درصدی برای خدمات پاراکلینیکی از میزان پرداخت از جیب کاسته شود. در این مدل بازنشستگانی که می‌خواهند از خدمات بیمه تکمیلی بهتری برخوردار باشند می‌توانند درخواست خود را به صندوق اعلام کرده و با پرداخت حق بیمه بیش‌تر به بیمه‌گر از سقف تعهدات بیش‌تری و پوشش فراگیرتری برخوردار باشند. این مدل در نهایت در دسترس ساختن بیمه اکمل برای تمام بازنشستگان کشوری است و نه فقط بازنشستگان کانون‌های مشخصی در کشور.

جدول ۹: تعهدات پیشنهادی برای سال ۱۴۰۴

اعتبار مورد نیاز برای سال ۱۴۰۴ (نفر ۲.۵۰۰.۰۰۰)	سرانه بابت ۸ ماه	سرانه هر تعهد در ماه	سقف تعهدات	پوشش ها
۱۵,۳۷۲,۰۶۲,۲۱۵,۷۶۱	۶,۱۴۸,۸۲۵	۷۶۸,۶۰۳	بدون سقف	جراحی تخصصی (شش عمل اصلی)
۵۲,۰۷۹,۳۹۹,۴۷۷,۵۰۶	۲۰,۸۳۱,۷۶۰	۲,۶۰۳,۹۷۰	بدون سقف	هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی)
۳,۳۹۲,۰۲۸,۱۹۲,۰۵۷	۱,۳۵۶,۸۱۱	۱۶۹,۶۰۱	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	پاراکلینیکی ۲ (تست های تنفسی، ورزش، شنوایی سنجی)
۱۴,۴۳۳,۶۸۵,۵۰۶,۹۹۸	۵,۷۷۳,۴۷۴	۷۲۱,۶۸۴	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	پاراکلینیکی ۱ (رادیو، سونو، مامو، اسکن، ام ار ای)
۶,۶۵۰,۹۳۰,۲۶۲,۰۷۴	۲,۶۶۰,۳۷۲	۳۳۲,۵۴۷	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	خدمات توانبخشی (فیزیوتراپی)
۴۹,۴۴۵,۵۸۷,۴۷۷,۶۷۹	۱۹,۷۷۰,۲۳۵	۲,۴۷۱,۲۷۹	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	خدمات آزمایشگاهی
۳,۲۰۷,۲۵۲,۵۷۰,۸۵۳	۱,۲۸۲,۹۰۱	۱۶۰,۳۶۳	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	جراحی های مجاز سرپایی (بیوپسی)
-	-	-	-	رادیولوژی
۱۱۶,۸۷۴,۹۷۱,۳۵۷,۵۸۵	۴۶,۷۴۹,۹۸۹	۵,۸۴۳,۷۴۹	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	انواع ویزیت و دارو
۱۶,۷۵۰,۳۳۰,۳۲۶,۱۷۳	۶,۷۰۰,۱۳۲	۸۳۷,۵۱۷	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	ویلچر، عصا و واکر، سمعک
۴۷,۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۸,۹۰۰,۰۰۰	۲,۳۶۲,۵۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	دندانپزشکی
-	-	-	-	سمعک
۴,۱۶۶,۷۴۲,۶۷۲,۶۵۵	۱,۶۶۶,۶۹۷	۲۰۸,۳۲۷	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	لنز و عینک
-	-	-	-	کلیه دارو ها به غیر از دارو بیمار خاص
۳۲۹,۶۰۲,۹۹۰,۰۵۹,۳۴۰	۱۳۱,۸۴۱,۱۹۶	۱۶,۴۸۰,۱۵۰		جمع

۳۲۹,۶۰۲,۹۹۰,۰۵۹,۳۴۰	جمع کل اعتبار مورد نیاز
۱۳۱,۸۴۱,۱۹۶	جمع سرانه پیش بینی شده برای هشت ماه برای هر نفر بیمه شده
۴,۷۵۷,۰۰۰	سهم صندوق ثابت براساس اسناد مناقصه
۱۱,۷۲۳,۱۵۰	سهم بیمه شده از سرانه پیش بینی شده در ماه برای هر نفر

در طراحی جدول فوق ملاحظات در نظر گرفته شده است که بر قیمت نهایی اثرگذار بوده است. تغییر یا نادیده گرفتن هر یک از این ملاحظات می‌تواند در قیمت سرانه محاسبه شده اثر بگذارد:

### ۱. متعارف بودن سقف تعهدات

تعیین سقف هر خدمت بر اساس بار مراجعات و تعرفه‌های رسمی انجام می‌شود.

ویزیت: جامعه سالمندان به‌طور متوسط ۱۷ بار در سال به پزشک مراجعه می‌کنند (۴۰ درصد در بخش خصوصی و ۶۰ درصد در بخش دولتی). بنابراین سقف تعهد ویزیت باید متناسب با تعرفه پزشک عمومی و متخصص در مطب‌ها مشخص شود.

آزمایش‌ها: آزمایش‌های رایج مانند تیروئید، کلسیم و املاح خون، ویتامین D و آهن معمولاً هر شش ماه یک بار (دو بار در سال) انجام می‌شود. میانگین هزینه پکیج کامل این آزمایش‌ها حدود ۲.۵ میلیون تومان است. سایر آزمایش‌های مرتبط با بیماری‌های خاص به‌صورت ماهانه یا سه‌ماهه انجام می‌شوند و در سقف تعهدات بستری لحاظ می‌گردند.

فیزیوتراپی: سالمندان به‌طور متوسط بین ۱۵ تا ۴۵ جلسه در سال نیاز دارند. تعرفه این خدمت برای دو ناحیه حدود ۴۶۰ هزار تومان است که با احتساب بیمه پایه، سقف مناسب برای این خدمت در گروه پاراکلینیک حدود ۴ میلیون تومان برآورد می‌شود.

تصویربرداری‌ها (سونوگرافی، اسکن و رادیوگرافی): اگرچه رایج هستند اما بار مراجعه کمتری دارند و پوشش ۲ میلیون تومانی برای آن‌ها کافی ارزیابی می‌شود.

۲. تناسب سقف تعهدات با اعتبار موجود: طراحی جداول تعهدات باید بر اساس منابع مالی و اعتبارات پیش‌بینی شده انجام گیرد تا امکان اجرای واقعی تعهدات فراهم شود.

۳. خدمات پرهزینه و پرریسک: دندان‌پزشکی یکی از پرهزینه‌ترین خدمات است که به دلیل ریسک بالا تاکنون در تعهدات صندوق لحاظ نشده است. پیشنهاد می‌شود این خدمت از طریق قراردادهای جانبی (مثلاً با بانک‌های عامل و معرفی‌نامه پزشکی) تا سقف ۲۰ میلیون تومان ارائه شود. سهم دندان‌پزشکی در سرانه خدمات درمانی حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد است که گنجاندن آن می‌تواند تأثیر چشمگیری بر نرخ حق بیمه داشته باشد.

۴. خدمات با بار مراجعه بالا و پرریسک: داروها از نظر بار مراجعات هم‌سنگ ویزیت هستند. تقریباً ۹۰ درصد جامعه هدف در طول سال از سقف تعهد دارو استفاده می‌کنند. بنابراین هزینه این خدمت تأثیری مشابه ویزیت در محاسبه نرخ حق بیمه دارد و معمولاً به‌صورت هم‌پوشانی با ویزیت در نظر گرفته می‌شود.

۵. خدمات تشخیصی گران‌قیمت: خدماتی مانند آندوسکوپی، کولونوسکوپی، آنژیوگرافی و سی‌تی‌آرزیو به دلیل هزینه بالا و حجم مراجعات، در تعهدات بستری گنجانده می‌شوند تا نرخ خدمات پاراکلینیک تعدیل گردد.

۶. تعهدات بدون سقف: با توجه به تعرفه‌های بالای بستری و جراحی و میانگین سنی بالای بیمه‌شدگان، حداقل سقف تعهدات باید حدود ۲۰۰ میلیون تومان در نظر گرفته شود. اما در عمل، تعهدات مربوط به بستری و اعمال جراحی در قرارداد صندوق به‌صورت «بدون سقف» ارائه می‌شود تا

هم هزینه‌های بیماران خاص پوشش یابد و هم خدمات تشخیصی گران‌قیمت در همین چارچوب لحاظ شود.

۷. بازه زمانی قرارداد: با گذشت چهار ماه از شروع قرارداد، محاسبات نرخ سرانه بر مبنای ۸ ماه باقی‌مانده انجام می‌شود. با این حال، به دلیل محدودیت سامانه‌های نرم‌افزاری شرکت‌های بیمه‌گر، اسناد خسارت درمانی از ابتدای قرارداد ثبت و محاسبه می‌شود. این موضوع در نهایت موجب افزایش ضریب نرخ سرانه اعلامی از سوی بیمه مرکزی خواهد شد.

لازم به ذکر است که سرانه نهایی برای این سبد خدماتی با استعلام از بانک مرکزی مشخص خواهد شد که با توجه به تجربه سال گذشته امکان افزایش سرانه نیز وجود دارد. تلاش برای استعلام از بیمه آتیه‌سازان حافظ برای تعهدات مشابه کانون آموزش و پرورش استان اصفهان برای کل بازنشستگان کشوری نیز تا بدین جایی ثمر بوده است. در این وضعیت پیشنهاد می‌شود که به جای تغییر خدمات بیمه‌ای، بر تعیین سهم بیمه پلکانی بر مبنای آزمون وسع بازنشستگان تمرکز شود.

## جمع‌بندی

گزارش حاضر نشان می‌دهد بیمه تکمیلی بازنشستگان کشوری در وضعیتی شکننده قرار گرفته است؛ وضعیتی که هم ناشی از ضعف بیمه پایه و هم حاصل بارگذاری نادرست وظایف بر صندوق بازنشستگی است. پیامد این شرایط، تهدید عدالت درون‌نسلی (میان بازنشستگان با توان مالی متفاوت) و عدالت بین‌نسلی (انتقال هزینه‌های امروز به بازنشستگان آینده) است. این ناپایداری صرفاً ناشی از مشکلات اجرایی مقطعی نیست، بلکه ریشه در تعارض‌های حقوقی و ساختاری دارد.

از یک‌سو، ماده ۸ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور بار مالی بیمه تکمیلی را بر دوش افراد گذاشته و دامنه خدمات آن را محدود به خدمات خارج از بسته بیمه پایه ساخته است. از سوی دیگر، ماده ۸۵ قانون مدیریت خدمات کشوری دولت و دستگاه‌های اجرایی را موظف می‌سازد که علاوه بر بیمه پایه، کارکنان و بازنشستگان خود را به طور هماهنگ تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار دهند. اجرای ناقص ماده ۸۵ و غلبه نگاه محدودکننده ماده ۸ باعث شده است که صندوق بازنشستگی کشوری عملاً به جای افراد، دولت و دستگاه‌ها، بار مالی سنگین بیمه تکمیلی را بر دوش بکشد؛ در حالی که چنین وظیفه‌ای اساساً در ساختار آن تعریف نشده است.

با این حال، در گزارش حاضر برای پاسخ به نیازهای کوتاه‌مدت و کاهش فشار مستقیم بر بازنشستگان صندوق و در تعامل با کانون‌های بازنشستگی اقدام به طراحی سبد خدماتی جایگزینی برای بیمه تکمیلی شده است که ضمن پوشش بخشی از نیازهای درمانی، بار مالی مضاعفی بر صندوق

تحمیل نکند. این اقدام اگرچه می‌تواند در کوتاه‌مدت بخشی از مشکلات را مدیریت کند، اما به‌تنهایی راه‌حل پایداری برای چالش‌های بیمه تکمیلی نخواهد بود.

برون‌رفت پایدار از وضعیت کنونی نیازمند اصلاحات بنیادین در سطح قوانین و ساختار است: اجرای کامل ماده ۸۵، بازتعریف جایگاه ماده ۸ در راستای حمایت اجتماعی، و خروج صندوق از نقش بیمه‌گری درمانی و تمرکز آن بر تسهیل‌گری و توزیع عادلانه بار مالی. تنها از این مسیر می‌توان هم رضایت بازنشستگان را تأمین کرد و هم عدالت درون‌نسلی و بین‌نسلی را حفظ نمود.

این گزارش، نخستین گزارش از سلسله گزارش‌های تحلیلی در حوزه بیمه تکمیلی است که تمرکز آن بر نیازهای کوتاه‌مدت و طراحی سبد خدمات درمانی است. در مراحل بعدی، گزارش‌ها به بررسی مدل‌های نوین و پایدار بیمه تکمیلی خواهند پرداخت؛ مدل‌هایی که دسترسی عادلانه و پایدار همه بازنشستگان به خدمات درمانی را تضمین می‌کنند.

## منابع

غلامی، سمیرا. (۱۳۹۶) بررسی هزینه های بهداشت و درمان خانوارهای دارای عضو سالمند، موسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.

کرمی، فرشاد (۱۴۰۳): چالش‌های بیمه درمانی در صندوق بازنشستگی کشوری، مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.

گزارش «بیمه تکمیلی درمان بازنشستگان کشوری: چالش‌های پیش‌رو و راهکارهای برون‌رفت از آن‌ها»، اداره کل فرهنگی و اجتماعی صندوق بازنشستگی کشوری، بهار ۱۳۹۸.



تهران، خیابان سید جمال‌الدین اسدآبادی (یوسف‌آباد)، روبروی خیابان پنجاه و هشتم، ۴۴۳

تلفن: ۰۲۱-۸۸۰۶۵۰۱۶	دورنگان ۰۲۱-۸۸۰۶۵۲۹۶
Info@Saba-Psi.ir	www.Saba-Psi.ir